

SO_GERICHTE VSBES.2015.247 vom 28. August 2015

SO Obergericht, 2015-08-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.247

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.247 du 28 août 2015

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.247 del 28 agosto 2015

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend Beschwerdeführerin), geb. 1965, [...], meldete sich am 12. September 2001 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-Stelle Beleg [IV-]Nr. 2). 1.2 Nach dem Einholen eines Berichts bei Dr. med. B.____, Innere Medizin FMH, [...], vom 4. Oktober 2001, von Berichten bei damaligen Arbeitgebern vom 20. und 21. November 2001, eines Berichts von Dr. med. C.____, FMH für Psychiatrie, [...], vom 26. November 2001 sowie eines Abklärungsberichts Haushalt vom 4. April 2002 (IV-Nr. 10 ff.) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 27. Februar 2003 – bei einem IV-Grad von 80 % – eine ganze IV-Rente zu, und zwar mit Wirkung ab 1. August 2001 (IV-Nr. 22).

E. 1.1

mit Hinweisen; vgl. auch BGE 117 V 198 E. 4b S. 200). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts 9C_478/2012 vom 14. Dezember 2012 E. 2). 5.2 Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruhen (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.). Unter dieser Voraussetzung gilt dies auch für eine blosser Mitteilung, mit der die Verwaltung feststellt, es sei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse eingetreten; denn laut Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] bedarf es keiner Verfügung, wenn die Invalidenrente nach einer von Amtes wegen durchgeführten Revision weiter ausgerichtet wird. Eine solche Mitteilung ist, wenn keine Verfügung verlangt worden ist (Art. 74 quater IVV), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_46/2009 vom 14. August 2009 E. 3.1, publ. in: SVR 2010 IV Nr. 4 S. 7, Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG] I 526/02 vom 27. August 2003 E. 3, publ. in: SVR 2004 IV Nr. 17 e contrario; Urteil des Bundesgerichts 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2). 5.3 Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten, der Hilflosenentschädigungen und der Assistenzbeiträge erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88 bis Abs. 2 lit. a Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV, SR 831.201). 6. Folglich ist zunächst zu untersuchen, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für die Bestimmung des Invaliditätsgrades erheblichen Tatsachen nach Art. 17 ATSG eingetreten ist. Referenzzeitpunkt bildet hier der Sachverhalt der letzten materiellen

Prüfung des Rentenanspruchs, somit die rechtskräftige Verfügung vom 27. Februar 2003, mit der die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin rückwirkend ab 1. August 2001 eine ganze Rente zusprach (IV-Nr. 22). Dieser Sachverhalt ist mit demjenigen der die bisherige Rente aufhebenden Verfügung vom 28. August 2015 zu vergleichen. Auf den jeweiligen Sachverhalt im Zeitpunkt der Mitteilungen vom 21. Dezember 2005 (IV-Nr. 29) und 29. September 2008 (IV-Nr. 35) ist dagegen nicht näher einzugehen, da damals keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs erfolgte, sondern lediglich ärztliche Verlaufsberichte sowie eine Stellungnahme des RAD-Arztes eingeholt wurden (IV-Nr. 25 ff.).

7. Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 27. Februar 2003 präsentierte sich folgender medizinischer Sachverhalt:

7.1 Dr. med. B.____ diagnostizierte im Bericht vom 4. Oktober 2001 – mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – mittelgradige, depressive Episoden mit somatischen Symptomen, eine Adipositas per magna sowie einen Verdacht auf eine Fibromyalgie. Seiner Meinung nach sei die Patientin wegen psychischen Störungen in ihrer bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Die bisherige Tätigkeit sei ihr noch zuzumuten; eventuell bestehe dabei eine 30 - 40%ige Arbeitsfähigkeit. Über die Arbeitsfähigkeit könne jedoch Dr. C.____ Auskunft geben (IV-Nr. 10 S. 1 ff.).

7.2 Im Bericht vom 26. November 2001 führte Dr. C.____ – mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – die Diagnosen einer mittelgradigen, depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F 32.1) resp. rezidivierende Depression, abhängigen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 60.7) sowie des Beginns einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F 45.0) an. Als Putzfrau bestehe seit 25. August 2000 bis heute eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bezeichnete die Ärztin als stationär. Die bisherige Tätigkeit sei ihr nicht mehr und andere Tätigkeiten seien ihr zum jetzigen Zeitpunkt nicht zuzumuten (IV-Nr. 15, S. 1 ff.).

8. Am 20. Juni 2013 leitete die Beschwerdegegnerin – wie bereits angeführt – eine eingliederungsorientierte Rentenrevision in die Wege, anlässlich der die Beschwerdeführerin am 1. Juli 2013 angab, dass sie nicht erwerbstätig und ihr Gesundheitszustand gleich geblieben sei (IV-Nr. 38). Folgende Arztberichte gelangten dann auf Veranlassung der Beschwerdegegnerin hin zu den Akten:

8.1 Dr. med. D.____ stellte im Bericht vom 10. Juli 2013 folgende Diagnosen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten: - chronische Schmerzkrankheit – Fibromyalgie - mittelschwere depressive Episode - Diabetes mellitus - Coxarthrose rechts - Gonarthrose bds. rechts betont

8.2 Dr. med. C.____ diagnostizierte im Bericht vom 15. August 2013 an die Beschwerdegegnerin – mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – eine rezidivierende Depression, zeitweise mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine heute im Vordergrund stehende generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1). Als Raumpflegerin bestehe seit Jahren und bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Andere Tätigkeiten seien nicht zumutbar. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verschlechtert. Es seien mehr Ängste zum Vorschein gekommen. Der Zustand sei relativ stark chronifiziert. Aus ihrer Sicht – so Dr. med. C.____ – habe sich die Arbeitsfähigkeit nicht verbessert (IV-Nr. 40).

8.3 Dr. med. G.____ führte im psychiatrischen Gutachten vom 26. Februar 2014 die Diagnosen einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) sowie einer rezidivierenden, depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig knapp leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.00) an, die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätten. In der «Diskussion und versicherungsmedizinischen Würdigung» hielt der Gutachter fest, dass in Anbetracht der häufigen Inkonsistenzen und

Widersprüchlichkeiten in den Angaben der Explorandin keine verlässlichen Aussagen über die Ressourcen und das Fähigkeitsniveau, gemessen am Rating-Bogen-MINI-ICF-APP, gemacht werden könnten. In der aktuellen Untersuchung habe sie sich beim Gespräch über Themen, die nicht die Beschwerden betreffen, mit einem praktisch situationsadäquaten Verhalten präsentieren können. Die Copingstrategien könnten als ausreichend gut beurteilt werden. Auffallend sei eine ausgeprägtere, mnestiche Funktionsstörung. Darüber hinaus liessen sich indes keine weiteren kognitiven Beeinträchtigungen von Relevanz feststellen. Aufgrund der Beschwerden bezüglich der im Schweregrad als leichtgradig zu beurteilenden, generalisierten Angststörung sowie der rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom sei aus psychiatrischer Sicht insgesamt von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Raumpflegerin wie auch in einer alternativen Tätigkeit von höchstens 20 % auszugehen, ohne zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit. Aufgrund der diesbezüglich unpräzisen Angaben der Explorandin könnten keine verlässlichen Aussagen betreffend den Verlauf des Grades der Arbeitsfähigkeit gemacht werden, so dass die 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab heutigem Untersuchungsdatum Gültigkeit habe. Die Beschwerden bezüglich der histrionischen akzentuierten Persönlichkeitszüge hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 51.1, S. 15, 19 f.). 8.4 Im rheumatologischen Gutachten vom 24. März 2014 gelangte Dr. med. H. ___ zu folgenden Diagnosen (IV-Nr. 53.1, S. 20): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - leichtgradige Gonarthrose rechts (ICD-10 M17.0) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - beginnende Coxarthrose rechts (ICD-10 M16.1) - beginnende Polyarthrose (ICD-10 M15.1, M15.2 und M18) - chronische Lumbalgie (ICD-10 M54.5); statisch degenerative Veränderungen an der Lendenwirbelsäule - chronische, unspezifische, generalisierte Schmerzen, vereinbar mit einer Fibromyalgie (ICD-10 M79.7), bestehend seit Jahren - Diabetes mellitus; sensomotorische Polyneuropathie - arterielle Hypertonie - Adipositas, diagnostiziert im Jahr 2000 - Hämangiom laryngeal links - Urgeinkontinenz (...) - Trigonitis, diagnostiziert 1/2001 - Status nach dreimaliger Sectio caesarea - Status nach Kürettage - Status nach Cysten-Operationen der Mamma - Verdacht auf Psoriasis vulgaris, diagnostiziert 6/2009 - Eisenmangel, gemäss Akten (Bericht vom 22.9.2006) Im Weiteren führte Dr. med. H. ___ aus, dass er, wie die Ärzte in der Orthopädie am [...]spital [...] am 19. September 2012 beschrieben hätten, eine leichte Knieschwellung rechts im Vergleich zu links gefunden habe, wobei auch ein leichter Erguss feststellbar gewesen sei. Entsprechend habe auch eine Umfangdifferenz verglichen zu links mit einem Plus von 2 cm bestanden. Die Versicherte habe ein leichtes Entlastungshinken gezeigt und nicht in die Hocke gehen können. Wegen ausgeprägten Schmerzen und Gegeninnervation habe die Beweglichkeit des rechten Kniegelenkes nicht zuverlässig geprüft werden können. Als Zeichen der Quadrizephypotrophie rechts habe eine Oberschenkelumfangdifferenz von knapp 1 cm bestanden. Diese klinischen Befunde seien mit einer aktivierten Gonarthrose rechts vereinbar. Die aktuellen Röntgenbilder des rechten Kniegelenks zeigten eine beginnende Varusgonarthrose mit einem etwas zu kleinen Valguswinkel, Verschmälerung des medialen Gelenkspalts und beginnende Osteophyten am Femur medial; darüber hinaus auch eine beginnende osteophytäre Ausziehung an der Tibia lateral sowie eine Femuropatellararthrose mit osteophytärer Ausziehung an der Patella distal. Insgesamt bestünden somit Zeichen einer leichtgradigen Pangoarthrose, wobei hauptsächlich das mediale femurotibiale Gleitlager betroffen sei. Die Frage, seit wann eine Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestehe, könne nicht genau beantwortet werden. So leide die Versicherte seit Jahren an Beschwerden im rechten Knie, wie dies aus dem Bericht der Orthopädie im [...]spital [...] vom 19. September 2012 hervorgehe. Es sei jedoch anzunehmen, dass es sich bei den jahrelangen Schmerzen um unspezifische gehandelt habe. Eine Knieschwellung sei erst am 19. September 2012 in den Akten zum ersten Mal beschrieben worden. Des Weiteren sei berichtet worden, dass am 1. September 2012 bei Dekompensation der Schmerzen eine Vorstellung auf der ANOS erfolgt sei. Es sei deshalb anzunehmen, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Raumpflegerin wegen Gonarthrose rechts ab 7. September 2010 bestehe. In der bisherigen Tätigkeit als Raumpflegerin sei die Versicherte seit 1. September 2012 sehr beeinträchtigt. Das Ausmass der Beeinträchtigung dürfte schon zirka 50 % betragen, da es sich bei der Raumpflege in der Regel um eine stehende Arbeit handle. Hingegen bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei einer an das Leiden adaptierten Arbeit. Die Versicherte könne allerdings keine dauernd stehende Arbeit, keine Arbeiten mit häufigem in die Hocke-Gehen und auf unebenem Gelände verrichten (IV-Nr. 53.1, S. 22 ff.). 8.5 In der gemeinsamen interdisziplinären Beurteilung vom 19. Februar 2014 gelangten die beiden Gutachter zu folgendem Schluss: Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherten wegen einer gegenwärtigen, leichtgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom in der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten Arbeit als wie auch in einer alternativen Tätigkeit zu höchstens 20 % eingeschränkt, jedoch ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Aufgrund der unpräzisen Angaben der Versicherten könnten keine verlässlichen Aussagen betreffend den Verlauf des Grades der Arbeitsfähigkeit gemacht werden, so dass die 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab heutigem Untersuchungsdatum gelte. Aus rein rheumatologischer Sicht sei die Versicherte in der bisherigen Tätigkeit als Raumpflegerin, wo anzunehmen sei, dass diese stehend/gehend ausgeübt werden müsse, seit 1. September 2012 in der Arbeitsfähigkeit um zirka 50 % beeinträchtigt. In einer an das Leiden angepassten Tätigkeit bestehe, unter Einhaltung des nachstehenden Belastbarkeitsprofils, keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Belastbarkeitsprofil: Die Versicherte könne keine dauernd stehende Arbeit, keine Arbeiten mit häufigem in die Hocke-Gehen und keine Arbeiten auf unebenem Gelände verrichten (IV-Nr. 55). 8.6 Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin hin gab der psychiatrische Gutachter, Dr. med. G.____, am 19. August 2014 bekannt, dass er die Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache verbessert habe, bejahen könne. Im Gegensatz zu den Befunden im Jahre 2001 (Bericht von Dr. med. C.____ vom 26. November 2001) würden sich in der gutachterlichen Untersuchung keine Schweissausbrüche, keine verminderte Energie oder Müdigkeit sowie keine ausgeprägtere Konzentrationsstörung feststellen lassen. Darüber hinaus habe auch keine Persönlichkeits- und Somatisierungsstörung mehr diagnostiziert werden können. Die Kriterien hierfür seien als nicht mehr erfüllt zu betrachten. Zudem habe sich die Versicherte nicht mehr über eine absolute Freud- oder Lustlosigkeit oder über Suizidgedanken sowie darüber beklagt, dass sie ihre Kinder nicht mehr ertrage. Im Gegenteil habe sie berichtet, dass die Beziehung mit ihren beiden Kindern gut sei (IV-Nr. 63). 8.7 Die RAD-Ärztin Dr. med. F.____ verwies in ihrer Stellungnahme vom 28. August 2014 bei der Beurteilung der medizinischen Situation auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G.____ sowie das rheumatologische Gutachten von Dr. med. H.____ und darin gestellten Diagnosen. Diese Gutachten wie auch die Konsensbeurteilung vom 7. April 2014 seien schlüssig und nachvollziehbar. Weiter Abklärungen seien nicht notwendig. Ferner hielt sie fest, dass sich

der Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht verbessert habe. So hätten sich im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung keine Schweissausbrüche, keine verminderte Energie oder Müdigkeit sowie keine ausgeprägtere Konzentrationsstörung mehr feststellen lassen. Darüber hinaus habe auch keine Persönlichkeits- und Somatisierungsstörung mehr diagnostiziert werden können. Die Kriterien hierfür seien als nicht mehr erfüllt zu betrachten. Zudem beklage sich die Versicherte nicht mehr über eine absolute Freud- oder Lustlosigkeit oder Suizidgedanken sowie auch nicht mehr darüber, dass sie ihre Kinder nicht mehr ertrage. Im Gegenteil habe sie berichtet, dass die Beziehung mit ihren beiden Kindern gut sei. In der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin bestehe – aufgrund der Gonarthrose rechts – eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In jedweder Verweistätigkeit ohne längeres Stehen und Gehen auf unebenem Gelände und ohne in die Hocke zu gehen bestehe eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit, und zwar sicher ab Datum des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. G.____ bzw. ab 26. Februar 2014 (IV-Nr. 64, S. 2 ff.).

8.8 Dr. med. H.____ teilte der Beschwerdegegnerin auf Anfrage hin am 1. September 2014 mit, nach nochmaligem Aktenstudium zu folgendem Schluss gekommen zu sein: Gestützt auf den Verlaufsbericht vom Rheumatologen Dr. med. I.____ vom 22. Dezember 2006 habe damals aus rein rheumatologischer Sicht noch keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Damals seien eine chronische Schmerzkrankheit, Depression, Diabetes mellitus, sensorische Polyneuropathie, arterielle Hypertonie und eine Adipositas diagnostiziert worden. Die erste relevante Beeinträchtigung des Bewegungsapparats sei im Bericht des [...]spitals, Klinik für Orthopädie, vom 17. September 2012 dokumentiert; dies, nachdem am 7. September 2012 ein MRI des rechten Kniegelenks durchgeführt worden sei. Diagnostiziert worden sei damals eine beginnende Gonarthrose beidseits, rechts beschwerdeführend. Dreieinhalb Monate später habe der orthopädische Oberarzt am [...]spital [...] lediglich eine beginnende Gonarthrose rechts diagnostiziert. Somit bestehe seit September 2012 eine Beeinträchtigung wegen dem rechten Kniegelenk. Ferner habe er eine Korrektur anzubringen: In seinem Gutachten habe er auf Seite 24 unten geschrieben «ab 7.9.2010»; dies sei ein Fehler. Es müsse heissen, «es ist deshalb anzunehmen dass bei der radiographisch am 7.9.2012 dokumentierten Gonarthrose rechts seit 1.9.2012 eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit als Raumpflegerin besteht». Diese Beeinträchtigung habe sich im zeitlichen Verlauf nicht geändert. Was die Anforderungen an den an das Leiden angepassten Arbeitsplatz anbelange, verweise er auf die Antwort zur Frage 7.2.3 in seinem Gutachten. Schliesslich führte er zur Frage, ob die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen mit grosser Wahrscheinlichkeit verbessert werden könne, Folgendes aus: Durch eine konsequente Aufbaugymnastik und das Fortführen der Gewichtsabnahme könne die Prognose hinsichtlich der Progredienz der Gonarthrose rechts und auch die Arbeitsfähigkeit deutlich verbessert werden. Ob es jedoch gelingen werde, die Arbeitsfähigkeit als Raumpflegerin zu verbessern, könne nicht sicher gesagt werden. Berufliche Massnahmen seien aus medizinischer Sicht – so Dr. med. H.____ – keine nötig (IV-Nr. 65).

8.9 Erneut nahm die RAD-Ärztin am 5. November 2014 zur medizinischen Situation Stellung, wobei ihr Bericht vom 28. August 2014 uneingeschränkt übernommen werden könne. Mittlerweile habe sich der Gutachter für Rheumaerkrankungen und physikalische Medizin, Dr. med. H.____, noch einmal intensiv mit der Dokumentation der beginnenden Gonarthrose auseinandergesetzt. Dabei habe er festgestellt, dass die beginnende Gonarthrose, rechts mehr als links, erst im September 2012 diagnostiziert worden sei. Aufgrund dieser beginnenden Gonarthrose habe der Gutachter die Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin b.a.w. zu 50 % eingeschränkt gesehen. Im

Weiteren gab Dr. med. F.____ an, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache aus psychiatrischer Sicht verbessert habe. Aus rheumatologischer Sicht habe sich seit 2012 eine beginnende Gonarthrose, rechts mehr als links, entwickelt, die sich auf die Tätigkeit als Raumpflegerin einschränkend auswirke. In dieser Tätigkeit bestehe seit September 2012 eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Hingegen bestehe in jeglicher Verweistätigkeit ohne Kniegelenksbelastung eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit, und zwar sicher ab Datum des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. G.____ bzw. ab 26. Februar 2014 (IV-Nr. 67, S. 2 ff.). 8.10 Nach dem Einwand der Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 71) legte die Beschwerdegegnerin den Fall erneut der RAD-Ärztin vor. Dr. med. F.____ beantwortete die Fragen am

E. 2

2.1 Am 30. August 2005 leitete die Beschwerdegegnerin eine erste Revision in die Wege (IV-Nr. 23), in deren Verlauf (IV-Nr. 25 ff.) sie der Beschwerdeführerin am 21. Dezember 2005 mitteilte, sie habe weiterhin Anspruch auf eine IV-Rente aufgrund des bisherigen Invaliditätsgrads (IV-Nr. 29). 2.2 Eine weitere Revision erfolgte am 12. Juni 2008 (IV-Nr. 30). Nach dem Einholen eines Verlaufsberichts bei Dr. med. D.____, FMH für Neurologie, [...], vom 2. Juli 2008 (IV-Nr. 32) sowie Durchführen eines Revisionsgesprächs am 4. September 2008 im Beisein von Dr. E.____, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD; IV-Nr. 34), teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin am 26. September 2008 wiederum mit, dass sie weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (Invaliditätsgrad 80 %) habe (IV-Nr. 35).

E. 3

3.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). 3.2 Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern, und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Art. 8 Abs. 1 IVG).

E. 4

4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V

393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1 und 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4.3 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist.

4.4 Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). In diesem Sinne vermag die Beurteilung der behandelnden Ärzte ein Administrativgutachten grundsätzlich nur dann in Frage zu stellen und zumindest Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben, wenn wichtige Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

4.5 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der

allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3).

4.6 Das Bundesgericht hat Grundsätze formuliert, an denen sich die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung einer depressiven Störung zu orientieren hat. Danach ist die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung zwar nicht von vornherein auszuschliessen; ihre Annahme bedingt aber jedenfalls, dass es sich dabei nicht um die Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit handelt, sondern um ein selbstständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden. Im Weiteren ist vorausgesetzt, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_842/2013 vom 11. März 2014 E. 4.2 mit Hinweisen). Einer leichtgradigen depressiven Episode ist rechtsprechungsgemäss keine invalidisierende Wirkung zuzuerkennen (Urteil des Bundesgerichts 8C_870/2011 vom 24. August 2012 E. 3.2).

4.7 Im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) darf sich die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die rechtsanwendenden Behörden haben diesfalls mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind. Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (Urteile des Bundesgerichts 8C_842/2013 vom 11. März 2014 E. 4.3.2, mit Hinweisen u.a. auf BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 sowie das Urteil 8C_162/2013 vom 17. Juli 2013 E. 3.2.2; 8C_416/2014 vom 14. August 2014 E. 5.2.5).

E. 5

5.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben. Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und aArt. 41 IVG dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_1025/2008 vom 19. Januar 2009 E. 1.1 mit vielen Hinweisen). Für das Vorliegen einer erheblichen Sachverhaltsänderung genügt es nicht, dass der bereits bekannte, im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung gegebene Sachverhalt anders bewertet wird und daraus andere Schlussfolgerungen gezogen werden als im früheren Verwaltungs- und/oder Beschwerdeverfahren. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt

hinzugekommen sind oder diesen verändert haben. Eine voraussetzungslose Neubeurteilung der invaliditätsmässigen Voraussetzungen genügt nach ständiger Rechtsprechung weder für eine revisions- noch eine wiedererwägungsweise Herabsetzung der Invalidenrente. Die revisionsweise Anpassung setzt Tatsachenänderungen im massgeblichen Vergleichszeitraum voraus; ein unveränderter Gesundheitszustand bzw. die bloss auf einer anderen Wertung beruhende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision resp. zu einer Zusprache von Leistungen nach Neuanmeldung (Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.1; BGE 115 V 308 E. 4a/bb S. 313).

Ist ein Revisionsgrund gegeben, ist der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (Urteile des Bundesgerichts 9C_251/2012 vom 5. Juni 2012 E. 4.2, 9C_457/2010 vom 30. August 2010 E. 1.1 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 117 V 198 E. 4b S. 200). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts 9C_478/2012 vom 14. Dezember 2012 E. 2).

5.2 Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruhen (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.). Unter dieser Voraussetzung gilt dies auch für eine blosser Mitteilung, mit der die Verwaltung feststellt, es sei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse eingetreten; denn laut Art. 74ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] bedarf es keiner Verfügung, wenn die Invalidenrente nach einer von Amtes wegen durchgeführten Revision weiter ausgerichtet wird. Eine solche Mitteilung ist, wenn keine Verfügung verlangt worden ist (Art. 74quater IVV), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_46/2009 vom 14. August 2009 E. 3.1, publ. in: SVR 2010 IV Nr. 4 S. 7, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] I 526/02 vom 27. August 2003 E. 3, publ. in: SVR 2004 IV Nr. 17 e contrario; Urteil des Bundesgerichts 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2).

5.3 Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten, der Hilflosenentschädigungen und der Assistenzbeiträge erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 lit. a Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV, SR 831.201).

6. Folglich ist zunächst zu untersuchen, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für die Bestimmung des Invaliditätsgrades erheblichen Tatsachen nach Art. 17 ATSG eingetreten ist. Referenzzeitpunkt bildet hier der Sachverhalt der letzten materiellen Prüfung des Rentenanspruchs, somit die rechtskräftige Verfügung vom 27. Februar 2003, mit der die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin rückwirkend ab 1. August 2001 eine ganze Rente zusprach (IV-Nr. 22). Dieser Sachverhalt ist mit demjenigen der die bisherige Rente aufhebenden Verfügung vom 28. August 2015 zu vergleichen. Auf den jeweiligen Sachverhalt im Zeitpunkt der Mitteilungen vom 21. Dezember 2005 (IV-Nr. 29) und 29. September 2008 (IV-Nr. 35) ist dagegen nicht näher einzugehen, da damals keine

materielle Prüfung des Rentenanspruchs erfolgte, sondern lediglich ärztliche Verlaufsberichte sowie eine Stellungnahme des RAD-Arztes eingeholt wurden (IV-Nr. 25 ff.).

7. Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 27. Februar 2003 präsentierte sich folgender medizinischer Sachverhalt:

7.1 Dr. med. B.____ diagnostizierte im Bericht vom 4. Oktober 2001 ■ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ■ mittelgradige, depressive Episoden mit somatischen Symptomen, eine Adipositas per magna sowie einen Verdacht auf eine Fibromyalgie. Seiner Meinung nach sei die Patientin wegen psychischen Störungen in ihrer bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Die bisherige Tätigkeit sei ihr noch zuzumuten; eventuell bestehe dabei eine 30 - 40%ige Arbeitsfähigkeit. Über die Arbeitsfähigkeit könne jedoch Dr. C.____ Auskunft geben (IV-Nr. 10 S. 1 ff.).

7.2 Im Bericht vom 26. November 2001 führte Dr. C.____ ■ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ■ die Diagnosen einer mittelgradigen, depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F 32.1) resp. rezidivierende Depression, abhängigen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 60.7) sowie des Beginns einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F 45.0) an. Als Putzfrau bestehe seit 25. August 2000 bis heute eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bezeichnete die Ärztin als stationär. Die bisherige Tätigkeit sei ihr nicht mehr und andere Tätigkeiten seien ihr zum jetzigen Zeitpunkt nicht zuzumuten (IV-Nr. 15, S. 1 ff.).

8. Am 20. Juni 2013 leitete die Beschwerdegegnerin ■ wie bereits angeführt ■ eine eingliederungsorientierte Rentenrevision in die Wege, anlässlich der die Beschwerdeführerin am 1. Juli 2013 angab, dass sie nicht erwerbstätig und ihr Gesundheitszustand gleich geblieben sei (IV-Nr. 38). Folgende Arztberichte gelangten dann auf Veranlassung der Beschwerdegegnerin hin zu den Akten:

8.1 Dr. med. D.____ stellte im Bericht vom 10. Juli 2013 folgende Diagnosen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten:

- chronische Schmerzkrankheit ■ Fibromyalgie
- mittelschwere depressive Episode
- Diabetes mellitus
- Coxarthrose rechts
- Gonarthrose bds. rechts betont

8.2 Dr. med. C.____ diagnostizierte im Bericht vom 15. August 2013 an die Beschwerdegegnerin ■ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ■ eine rezidivierende Depression, zeitweise mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine heute im Vordergrund stehende generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1). Als Raumpflegerin bestehe seit Jahren und bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Andere Tätigkeiten seien nicht zumutbar. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verschlechtert. Es seien mehr Ängste zum Vorschein gekommen. Der Zustand sei relativ stark chronifiziert. Aus ihrer Sicht ■ so Dr. med. C.____ ■ habe sich die Arbeitsfähigkeit nicht verbessert (IV-Nr. 40).

8.3 Dr. med. G.____ führte im psychiatrischen Gutachten vom 26. Februar 2014 die Diagnosen einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) sowie einer rezidivierenden, depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig knapp leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.00) an, die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätten. In der «Diskussion und versicherungsmedizinischen Würdigung» hielt der Gutachter fest, dass in Anbetracht der häufigen Inkonsistenzen und Widersprüchlichkeiten in den Angaben der Explorandin keine verlässlichen Aussagen über die Ressourcen und das Fähigkeitsniveau, gemessen am Rating-Bogen-MINI-ICF-APP, gemacht werden könnten. In der aktuellen Untersuchung habe sie sich beim Gespräch über Themen, die nicht die Beschwerden betreffen, mit einem praktisch situationsadäquaten Verhalten präsentieren können. Die Copingstrategien könnten als ausreichend gut beurteilt werden. Auffallend sei eine ausgeprägtere, mnestiche Funktionsstörung. Darüber hinaus liessen sich indes keine weiteren kognitiven Beeinträchtigungen von Relevanz feststellen. Aufgrund der Beschwerden bezüglich der im Schweregrad als leichtgradig zu beurteilenden, generalisierten Angststörung sowie der rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom sei aus psychiatrischer Sicht insgesamt von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Raumpflegerin wie auch in einer alternativen Tätigkeit von höchstens 20 % auszugehen, ohne zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit. Aufgrund der diesbezüglich unpräzisen Angaben der Explorandin könnten keine verlässlichen Aussagen betreffend den Verlauf des Grades der Arbeitsfähigkeit gemacht werden, so dass die 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab heutigem Untersuchungsdatum Gültigkeit habe. Die Beschwerden bezüglich der histrionischen akzentuierten Persönlichkeitszüge hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 51.1, S. 15, 19 f.).

8.4 Im rheumatologischen Gutachten vom 24. März 2014 gelangte Dr. med. H.____ zu folgenden Diagnosen (IV-Nr. 53.1, S. 20):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- leichtgradige Gonarthrose rechts (ICD-10 M17.0)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- beginnende Coxarthrose rechts (ICD-10 M16.1)
- beginnende Polyarthrose (ICD-10 M15.1, M15.2 und M18)
- chronische Lumbalgie (ICD-10 M54.5); statisch degenerative Veränderungen an der Lendenwirbelsäule
- chronische, unspezifische, generalisierte Schmerzen, vereinbar mit einer Fibromyalgie (ICD-10 M79.7), bestehend seit Jahren
- Diabetes mellitus; sensomotorische Polyneuropathie
- arterielle Hypertonie
- Adipositas, diagnostiziert im Jahr 2000
- Hämangiom laryngeal links
- Urgeinkontinenz ()

- Trigonitis, diagnostiziert 1/2001
- Status nach dreimaliger Sectio caesarea
- Status nach Kürettage
- Status nach Cysten-Operationen der Mamma
- Verdacht auf Psoriasis vulgaris, diagnostiziert 6/2009
- Eisenmangel, gemäss Akten (Bericht vom 22.9.2006)

Im Weiteren führte Dr. med. H. ___ aus, dass er, wie die Ärzte in der Orthopädie am [...]spital [...] am 19. September 2012 beschrieben hätten, eine leichte Knieschwellung rechts im Vergleich zu links gefunden habe, wobei auch ein leichter Erguss feststellbar gewesen sei. Entsprechend habe auch eine Umfangdifferenz verglichen zu links mit einem Plus von 2 cm bestanden. Die Versicherte habe ein leichtes Entlastungshinken gezeigt und nicht in die Hocke gehen können. Wegen ausgeprägten Schmerzen und Gegeninnervation habe die Beweglichkeit des rechten Kniegelenkes nicht zuverlässig geprüft werden können. Als Zeichen der Quadrizephypotrophie rechts habe eine Oberschenkelumfangdifferenz von knapp 1 cm bestanden. Diese klinischen Befunde seien mit einer aktivierten Gonarthrose rechts vereinbar. Die aktuellen Röntgenbilder des rechten Kniegelenks zeigten eine beginnende Varusgonarthrose mit einem etwas zu kleinen Valguswinkel, Verschmälerung des medialen Gelenkspalts und beginnende Osteophyten am Femur medial; darüber hinaus auch eine beginnende osteophytäre Ausziehung an der Tibia lateral sowie eine Femuropatellararthrose mit osteophytärer Ausziehung an der Patella distal. Insgesamt bestünden somit Zeichen einer leichtgradigen Pangoarthrose, wobei hauptsächlich das mediale femurotibiale Gleitlager betroffen sei. Die Frage, seit wann eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestehe, könne nicht genau beantwortet werden. So leide die Versicherte seit Jahren an Beschwerden im rechten Knie, wie dies aus dem Bericht der Orthopädie im [...]spital [...] vom 19. September 2012 hervorgehe. Es sei jedoch anzunehmen, dass es sich bei den jahrelangen Schmerzen um unspezifische gehandelt habe. Eine Knieschwellung sei erst am 19. September 2012 in den Akten zum ersten Mal beschrieben worden. Des Weiteren sei berichtet worden, dass am 1. September 2012 bei Dekompensation der Schmerzen eine Vorstellung auf der ANOS erfolgt sei. Es sei deshalb anzunehmen, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Raumpflegerin wegen Gonarthrose rechts ab 7. September 2010 bestehe. In der bisherigen Tätigkeit als Raumpflegerin sei die Versicherte seit 1. September 2012 sehr beeinträchtigt. Das Ausmass der Beeinträchtigung dürfte schon zirka 50 % betragen, da es sich bei der Raumpflegerin in der Regel um eine stehende Arbeit handle. Hingegen bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei einer an das Leiden adaptierten Arbeit. Die Versicherte könne allerdings keine dauernd stehende Arbeit, keine Arbeiten mit häufigem in die Hocke-Gehen und auf unebenem Gelände verrichten (IV-Nr. 53.1, S. 22 ff.).

8.5 In der gemeinsamen interdisziplinären Beurteilung vom 19. Februar 2014 gelangten die beiden Gutachter zu folgendem Schluss: Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherten wegen einer gegenwärtigen, leichtgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom in der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten Arbeit als wie auch in einer alternativen Tätigkeit zu höchstens 20 % eingeschränkt, jedoch ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Aufgrund der unpräzisen Angaben der Versicherten könnten keine verlässlichen Aussagen betreffend den Verlauf des Grades der Arbeitsfähigkeit gemacht

werden, so dass die 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab heutigem Untersuchungsdatum gelte. Aus rein rheumatologischer Sicht sei die Versicherte in der bisherigen Tätigkeit als Raumpflegerin, wo anzunehmen sei, dass diese stehend/gehend ausgeübt werden müsse, seit 1. September 2012 in der Arbeitsfähigkeit um zirka 50 % beeinträchtigt. In einer an das Leiden angepassten Tätigkeit bestehe, unter Einhaltung des nachstehenden Belastbarkeitsprofils, keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Belastbarkeitsprofil: Die Versicherte könne keine dauernd stehende Arbeit, keine Arbeiten mit häufigem in die Hocke-Gehen und keine Arbeiten auf unebenem Gelände verrichten (IV-Nr. 55).

8.6 Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin hin gab der psychiatrische Gutachter, Dr. med. G.____, am 19. August 2014 bekannt, dass er die Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache verbessert habe, bejahen könne. Im Gegensatz zu den Befunden im Jahre 2001 (Bericht von Dr. med. C.____ vom 26. November 2001) würden sich in der gutachterlichen Untersuchung keine Schweissausbrüche, keine verminderte Energie oder Müdigkeit sowie keine ausgeprägtere Konzentrationsstörung feststellen lassen. Darüber hinaus habe auch keine Persönlichkeits- und Somatisierungsstörung mehr diagnostiziert werden können. Die Kriterien hierfür seien als nicht mehr erfüllt zu betrachten. Zudem habe sich die Versicherte nicht mehr über eine absolute Freud- oder Lustlosigkeit oder über Suizidgedanken sowie darüber beklagt, dass sie ihre Kinder nicht mehr ertrage. Im Gegenteil habe sie berichtet, dass die Beziehung mit ihren beiden Kindern gut sei (IV-Nr. 63).

8.7 Die RAD-Ärztin Dr. med. F.____ verwies in ihrer Stellungnahme vom 28. August 2014 bei der Beurteilung der medizinischen Situation auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G.____ sowie das rheumatologische Gutachten von Dr. med. H.____ und darin gestellten Diagnosen. Diese Gutachten wie auch die Konsensbeurteilung vom 7. April 2014 seien schlüssig und nachvollziehbar. Weiter Abklärungen seien nicht notwendig. Ferner hielt sie fest, dass sich der Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht verbessert habe. So hätten sich im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung keine Schweissausbrüche, keine verminderte Energie oder Müdigkeit sowie keine ausgeprägtere Konzentrationsstörung mehr feststellen lassen. Darüber hinaus habe auch keine Persönlichkeits- und Somatisierungsstörung mehr diagnostiziert werden können. Die Kriterien hierfür seien als nicht mehr erfüllt zu betrachten. Zudem beklage sich die Versicherte nicht mehr über eine absolute Freud- oder Lustlosigkeit oder Suizidgedanken sowie auch nicht mehr darüber, dass sie ihre Kinder nicht mehr ertrage. Im Gegenteil habe sie berichtet, dass die Beziehung mit ihren beiden Kindern gut sei. In der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin bestehe ■ aufgrund der Gonarthrose rechts ■ eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In jedweder Verweistätigkeit ohne längeres Stehen und Gehen auf unebenem Gelände und ohne in die Hocke zu gehen bestehe eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit, und zwar sicher ab Datum des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. G.____ bzw. ab 26. Februar 2014 (IV-Nr. 64, S. 2 ff.).

8.8 Dr. med. H.____ teilte der Beschwerdegegnerin auf Anfrage hin am 1. September 2014 mit, nach nochmaligem Aktenstudium zu folgendem Schluss gekommen zu sein: Gestützt auf den Verlaufsbericht vom Rheumatologen Dr. med. I.____ vom 22. Dezember 2006 habe damals aus rein rheumatologischer Sicht noch keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Damals seien eine chronische Schmerzkrankheit, Depression, Diabetes mellitus, sensorische Polyneuropathie, arterielle Hypertonie und eine Adipositas

diagnostiziert worden. Die erste relevante Beeinträchtigung des Bewegungsapparats sei im Bericht des [...]spitals, Klinik für Orthopädie, vom 17. September 2012 dokumentiert; dies, nachdem am 7. September 2012 ein MRI des rechten Kniegelenks durchgeführt worden sei. Diagnostiziert worden sei damals eine beginnende Gonarthrose beidseits, rechts beschwerdeführend. Dreieinhalb Monate später habe der orthopädische Oberarzt am [...]spital [...] lediglich eine beginnende Gonarthrose rechts diagnostiziert. Somit bestehe seit September 2012 eine Beeinträchtigung wegen dem rechten Kniegelenk. Ferner habe er eine Korrektur anzubringen: In seinem Gutachten habe er auf Seite 24 unten geschrieben «ab 7.9.2010»; dies sei ein Fehler. Es müsse heissen, «es ist deshalb anzunehmen dass bei der radiographisch am 7.9.2012 dokumentierten Gonarthrose rechts seit 1.9.2012 eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit als Raumpflegerin besteht». Diese Beeinträchtigung habe sich im zeitlichen Verlauf nicht geändert. Was die Anforderungen an den an das Leiden angepassten Arbeitsplatz anbelange, verweise er auf die Antwort zur Frage 7.2.3 in seinem Gutachten. Schliesslich führte er zur Frage, ob die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen mit grosser Wahrscheinlichkeit verbessert werden könne, Folgendes aus: Durch eine konsequente Aufbaugymnastik und das Fortführen der Gewichtsabnahme könne die Prognose hinsichtlich der Progredienz der Gonarthrose rechts und auch die Arbeitsfähigkeit deutlich verbessert werden. Ob es jedoch gelingen werde, die Arbeitsfähigkeit als Raumpflegerin zu verbessern, könne nicht sicher gesagt werden. Berufliche Massnahmen seien aus medizinischer Sicht ■ so Dr. med. H.____ ■ keine nötig (IV-Nr. 65).

8.9 Erneut nahm die RAD-Ärztin am 5. November 2014 zur medizinischen Situation Stellung, wobei ihr Bericht vom 28. August 2014 uneingeschränkt übernommen werden könne. Mittlerweile habe sich der Gutachter für Rheumaerkrankungen und physikalische Medizin, Dr. med. H.____, noch einmal intensiv mit der Dokumentation der beginnenden Gonarthrose auseinandergesetzt. Dabei habe er festgestellt, dass die beginnende Gonarthrose, rechts mehr als links, erst im September 2012 diagnostiziert worden sei. Aufgrund dieser beginnenden Gonarthrose habe der Gutachter die Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin b.a.w. zu 50 % eingeschränkt gesehen. Im Weiteren gab Dr. med. F.____ an, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache aus psychiatrischer Sicht verbessert habe. Aus rheumatologischer Sicht habe sich seit 2012 eine beginnende Gonarthrose, rechts mehr als links, entwickelt, die sich auf die Tätigkeit als Raumpflegerin einschränkend auswirke. In dieser Tätigkeit bestehe seit September 2012 eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Hingegen bestehe in jeglicher Verweistätigkeit ohne Kniegelenksbelastung eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit, und zwar sicher ab Datum des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. G.____ bzw. ab 26. Februar 2014 (IV-Nr. 67, S. 2 ff.).

8.10 Nach dem Einwand der Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 71) legte die Beschwerdegegnerin den Fall erneut der RAD-Ärztin vor. Dr. med. F.____ beantwortete die Fragen am

E. 9

9.1 Die Beschwerdegegnerin stützt die Verfügung vom 28. August 2015 einerseits auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G.____ vom 26. Februar 2014 (IV-Nr. 51.1) und andererseits auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. H.____ vom 24. März 2014 (IV-Nr. 53.1) sowie auf deren gemeinsame interdisziplinäre Beurteilung vom 19. Februar 2014 (IV-Nr. 55), worauf im Nachfolgenden näher einzugehen ist.

9.2 In Revisionsfällen ■ wie hier ■ ist insbesondere zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, die von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber auszusprechen hat, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Das Feststellen einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema ■ erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts ■ bezieht (Urteil des Bundesgerichts 8C_161/2012 vom 5. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweistauglich wäre (vgl. dazu BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2).

E. 9.2

In Revisionsfällen – wie hier – ist insbesondere zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, die von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber auszusprechen hat, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Das Feststellen einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (Urteil des Bundesgerichts 8C_161/2012 vom 5. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweistauglich wäre (vgl. dazu BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2).

E. 10

10.1 Die Beschwerdegegnerin hat beim Erlass des angefochtenen Entscheids den beiden Gutachten von Dres. G.____ und H.____ vollen Beweiswert zugemessen. Diese Gutachten werden den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme grundsätzlich gerecht, wonach der Bericht für die streitigen Belange umfassend zu sein, auf allseitigen Untersuchungen zu beruhen sowie die geklagten Beschwerden zu berücksichtigen hat. Ferner ist der Bericht in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abzugeben und hat in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einzuleuchten. Schliesslich müssen die Schlussfolgerungen begründet sein (vgl. 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

10.2 Die Beschwerdeführerin hat vorbringen lassen, dass die Beschwerdegegnerin in psychiatrischer Hinsicht einzig auf das Gutachten von Dr. med. G.____ abgestellt habe, welches auf einem knapp zweistündigen Gespräch mit der Beschwerdeführerin beruhe. Seine Feststellungen, wonach die Explorandin weder ängstlich noch sehr unsicher gewirkt habe, gäben lediglich eine Momentaufnahme wieder. Mit dem Hinweis (des RAD), ein erfahrener Gutachter könne sein Gegenüber relativ rasch einschätzen, werde der Vorwurf der Momentaufnahme nicht widerlegt. Nach den Ausführungen von Dr. med. C.____ vom 3. Februar 2015 variere denn auch der Zustand der Beschwerdeführerin mitunter sehr stark (A.S. 13 f.).

Wenn auch die Beschwerdeführerin der Meinung ist, für eine genaue Einschätzung sei eine Begutachtung über einen längeren Zeitraum zwingend erforderlich (A.S. 17), bleibt festzuhalten, dass eine solche naturgemäss keine lange Beobachtungsperiode umfassen kann. Dennoch kann ein Gutachter ■ wie hier ■ in Kenntnis der fachmedizinischen Vorakten, der Anamnese und aufgrund eigener Untersuchungen nach zwei Stunden zu einer psychiatrischen Diagnose gelangen. Im Übrigen ist für den Beweiswert eines Gutachtens nicht die Dauer der Untersuchung massgebend, sofern der zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_246/2010 vom 11. Mai 2010, E. 2.2.2; 9C_664/2009 vom 6. November 2009, E. 3), wovon im vorliegenden Fall auszugehen ist.

E. 10.3

10.3.1 Im Weiteren äussert sich die Beschwerdeführerin zu den Ausführungen von Dr. med. G.____, wonach sich die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. C.____, angeblich vor allem auf die subjektiven beklagten Beschwerden der Explorandin abstütze; dies lasse sich ihrem Bericht vom 15. August 2013 jedoch nicht entnehmen. Im Übrigen habe der Gutachter nicht dargelegt, weshalb der Stellungnahme der behandelnden Ärztin nicht gefolgt werden könne (A.S. 14 f.).

Aus dem Gutachten von Dr. med. G.____ vom 26. Februar 2014 geht dazu hervor, dass sich die Versicherte nach wie vor in Behandlung bei Dr. med. C.____ befinde. Gemäss ihren Angaben im Bericht vom 15. August 2013 stehe heute die generalisierte Angststörung im Vordergrund. Bezüglich der rezidivierenden depressiven Störungen werde lediglich eine noch zeitweise mittelgradige Episode diagnostiziert. Es falle zudem auf ■ so Dr. med. G.____ ■, dass sich die behandelnde Psychiaterin in ihrem Bericht vorwiegend auf die subjektiv geklagten Beschwerden der Versicherten abstütze. Den Schweregrad der generalisierten Angststörung habe Dr. med. C.____ nicht beurteilt, so dass er dazu keine Stellung nehmen könne (IV-Nr. 51.1, S. 18 f.). In der Tat erschöpfen sich die durch Dr. med. C.____ am 11. Juni 2013 «erhobene Befunde» ■ was auch für jene im Bericht vom 3. Februar 2015 (Beschwerdebeilage [BB-]Nr. 3) gilt ■ grösstenteils in den durch die Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden, wie z.B. «Sie redet () meist von ihren Aengsten (). Ihre Gedanken kreisen um Sorgen und Aengste (). Sie kann sich selbst nicht beruhigen. Ihre Gedanken kreisen um Negatives.» etc. Angaben über den Schweregrad der Angststörung fehlen, wie dies der Gutachter in seiner Stellungnahme zu früheren ärztlichen Berichten zutreffend festgestellt hat; dass er sich weder dazu noch zu den im Bericht vom 15. August 2013 angeführten, subjektiven beklagten Beschwerden der Explorandin hat äussern können bzw. wollen, erscheint folglich klar. Immerhin bleiben zur Erklärung an dieser Stelle die Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung anzuführen. So hielt Dr. med. G.____ diesbezüglich fest, dass die Angaben der

Beschwerdeführerin oft als inkonsistent und histrionisch überlagert gewesen seien. Auffallend häufig hätten sich Inkonsistenzen und Widersprüchlichkeiten feststellen lassen. Beispielsweise habe die Explorandin erklärt, dass sie nicht alleine zuhause sein könne aus Angst, eine Person, die sie atmen höre, könnte hinter ihr stehen. In einem anderen Kontext der Anamneseerhebung habe sie dann aber berichtet, dass sie Angst habe, sich nach draussen und insbesondere unter viele Leute zu begeben, weil sie in der folgenden Nacht unter ausgeprägten Schlafstörungen und belastenden Träumen leide. Sie habe in diesem Kontext erwähnt, dass es ihr am wohlsten sei, wenn sie alleine zuhause sein könne. Des Weiteren habe sie berichtet, dass sie unter ausgeprägten Konzentrationsstörungen leide. Zu einem anderen Zeitpunkt der Exploration, als sie auf die Observationsergebnisse des letzten Jahres angesprochen worden sei, habe sie hingegen geschildert, dass sie zeitweise alleine mit dem Auto einkaufen gehen könne; dazu habe sie bemerkt, dass dies jedoch nur an guten Tagen möglich sei. Dann wiederum habe sie berichtet, dass sich ihre depressiven Beschwerden und Angstbeschwerden seit dem Jahre 1998 bis heute nicht wesentlich verändert hätten (IV-Nr. 51.1, S. 17 f.). Anlässlich des Telefongesprächs des Gutachters mit der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. C.____, vom 26. Februar 2014 habe diese auf Befragung hin bestätigt, dass die Explorandin auch bei ihr widersprüchliche Angaben gemacht habe (IV-Nr. 51.1, S. 14).

Ferner habe Dr. med. C.____ in ihrem Bericht ■ so der Gutachter weiter ■ keine Beschwerdevalidierung gemacht. Darüber hinaus habe sie auch nicht davon berichtet, einmal einen Medikamenten-Compliance-Check gemacht zu haben. Als der Gutachter die Beschwerdeführerin auf die Blutkonzentrationsbestimmung vom September 2013 (vgl. IV-Nr. 44) angesprochen habe, anlässlich der sich sämtliche untersuchten Psychopharmaka unterhalb der Nachweisgrenze befunden hätten, habe sie erklärt, dass sie möglicherweise ein Fast Metabolizer sei; dies soll ihr der Hausarzt erklärt haben. Auf die Bemerkung des Untersuchers, dass dies nicht möglich sei, weil sich die Blutkonzentration des Cymbalta anlässlich der aktuellen Laboruntersuchung (vom 22. Januar 2014) durch Dr. med. H.____ im Normbereich befinde, das Risperidon gleichzeitig aber Werte zeige, die weit unterhalb der unteren Normgrenze liegen, habe sich die Versicherte lautstark in weinerlichem Ton beklagt, dass ihr niemand glaube. Die Tatsache, dass sich lediglich die Blutkonzentration des Cymbalta im Normbereich befinde, nicht jedoch der Wert für das Risperidon, dürfte ■ so Dr. med. G.____ ■ darauf hinweisen, dass die Versicherte offenbar lediglich das Cymbalta regelmässig einnehme; auch dies könne als weiterer Hinweis dafür gewertet werden, dass die Schwere sowohl der depressiven wie auch der Angstsymptomatik lediglich als leichtgradig betrachtet werden könne, wäre doch davon auszugehen, dass die Versicherte bei einem grösseren Leidensdruck sämtliche der ihr verordneten Psychopharmaka einnehmen würde. Diese fachärztliche Aussage ist nachvollziehbar, und es geht ■ entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (A.S. 16) ■ nicht um eine hohe Dosierung, die keine wesentliche Verbesserung brächte (IV-Nr. 40, S. 6), sondern generell um die Einnahme der verordneten Medikamente. Unter Berücksichtigung all der erwähnten Faktoren müsse ■ so Dr. med. G.____ ■ zusammenfassend gesagt werden, dass bei der Beurteilung des Schweregrades sowohl der depressiven Störung und auch der Angststörung nicht primär auf die subjektiv gemachten Angaben der Explorandin abgestützt werden könne, sondern, dass diesbezüglich primär die erhobenen Befunde zu berücksichtigen seien. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne nicht bestätigt werden. Aufgrund dieser Faktoren lasse sich auch die Diskrepanz in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit weitgehend erklären (IV-Nr. 51.1, S. 18 ff.).

Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang daran, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und die Rechtsprechung der begutachtenden Person deshalb praktisch einen gewissen Spielraum gewährt, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern dabei *lege artis* vorgegangen worden ist. Behandelnde und begutachtende Psychiater können, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und ■ invalidenversicherungsrechtlich entscheidend ■ deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen. Diese in der Natur der Sache begründete weitgehend fehlende Validierbarkeit («Reliabilität») psychiatrischer Diagnosen, namentlich im depressiven Formenkreis sowie bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gemäss ICD-10, kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2009 vom 29. September 2009 E. 3.2). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des Bundesgerichts I 701/05 vom 5. Januar 2007 E. 2 in fine, mit Hinweisen) kann eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht stets in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn diese objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2010 vom 27. Dezember 2010 E. 2.2.2, 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 51/06 vom 19. September 2006 E. 3.1.2). Derartige Aspekte finden sich in den Stellungnahmen von Dr. med. C.____ nicht. Dagegen bestätigt Dr. med. C.____ in ihrer Stellungnahme vom 3. Februar 2015 (BB-Nr. 3), dass sich die depressiven Episoden, die bei der Rentenzusprechung im Vordergrund standen und in den Jahren 2000 bis 2003 zu vier stationären Aufenthalten führten, in der Zwischenzeit gebessert haben. Auch die damals diagnostizierte Persönlichkeitsstörung (vgl. E. II. 7.2 hiervor) wird in den Stellungnahmen vom 15. August 2013 (IV-Nr. 40) und vom 3. Februar 2015 (BB-Nr. 3) nicht mehr erwähnt. Die Feststellung von Dr. med. G.____, der psychische Gesundheitszustand habe sich im Vergleichszeitraum verbessert, wird somit durch die Berichte der behandelnden Psychiaterin jedenfalls insofern gestützt, als Symptome, die bei der Rentenzusprechung von entscheidender Bedeutung waren, nun nicht mehr oder in reduzierter Ausprägung vorliegen. Was die nunmehr diagnostizierte Angststörung anbelangt, enthält das Schreiben von Dr. med. C.____ vom 3. Februar 2015 keine Aspekte, die bei der Begutachtung durch Dr. med. G.____ unberücksichtigt geblieben wären.

10.3.2 Zudem lässt die Beschwerdeführerin vorbringen, dass ihr auch Dr. med. D.____ am 10. Juli 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt habe. Diesen Bericht habe Dr. med. G.____ zwar bei den «psychiatrisch relevanten Akten» aufgeführt, sei darauf jedoch im Verlauf des Gutachtens nicht mehr zu sprechen gekommen (A.S. 15 f.). Tatsächlich finden sich in der Beurteilung von Dr. med. G.____ keine Ausführungen über den Bericht von Dr. med. D.____ vom 10. Juli 2013, was indes ohne Folge bleiben kann. So ist dieser Bericht sehr kurz gehalten und bezüglich einzelner Angaben unvollständig; insbesondere fehlen auch präzise Angaben über die Auswirkungen der Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit der

Beschwerdeführerin. Er zeigt auch nicht auf, vor welchem medizinischen Hintergrund er erstellt worden ist. Dazu kommt, dass einerseits die Psychiatrie nicht zu den Fachgebieten des Allgemeinpraktikers und Neurologen Dr. med. D. ___ gehört. Andererseits gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b cc, 122 V 160 E. 1c); dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso ■ wie im vorliegenden Fall bezüglich Dr. med. C. ___ ■ für die behandelnden Spezialärzte und erst recht für die schmerztherapeutisch tätigen Ärzte mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m. Hinw.).

10.3.3 Folglich vermögen die Berichte von Dres. med. C. ___ und D. ___ die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des psychiatrischen Administrativgutachtens nicht in Frage zu stellen. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich, da eine taugliche Beurteilungsgrundlage vorliegt.

10.4 Ferner wendet die Beschwerdeführerin ein, dass das Gutachten von Dr. med. H. ___ unvollständig sei und keine umfassende Würdigung zulasse. Der Gutachter habe auch keinerlei Angaben über Art der Verweistätigkeit gemacht und ausser Acht gelassen, dass die Beschwerdeführerin an erheblichen Schlafstörungen leide und deshalb tagsüber ihre Konzentrationsfähigkeit stark eingeschränkt sei. Er habe auch zur Diagnose von Dr. med. D. ___, die Beschwerdeführerin leide an einer chronischen Schmerzkrankheit (Fibromyalgie) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, nicht eingehend Stellung genommen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 10.2) sei ein Schmerzleiden auch mit der rheumatologischen Diagnose der Fibromyalgie erfassbar; zumindest müsste diese jedoch ■ als somatoforme Schmerzstörung ■ aus psychiatrischer Sicht beurteilt werden. Eine Stellungnahme zu dieser Diagnose könne jedoch im psychiatrischen Gutachten nicht gefunden werden (A.S. 18 f.).

Der Gutachter Dr. med. H. ___ hat in seinem Gutachten die Auswirkung der diagnostizierten leichtgradigen Gonarthrose rechts auf die Arbeitsfähigkeit aufgezeigt. So benötige die Versicherte eine adaptierte Arbeit, weil sie keine Arbeit mit dauerndem Stehen oder mit häufig in die Hocke gehen sowie keine Arbeiten auf unebenem Gelände verrichten könne. In einer den Leiden angepassten Tätigkeit bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 53.1, S. 23 ff.). Der Gutachter wie im Übrigen auch die Beschwerdegegnerin sind nicht gehalten gewesen, Angaben über die Art einer solchen Verweistätigkeit zu machen. So bilden nämlich die Arbeitsmöglichkeiten, die mit der gesundheitlichen Beeinträchtigung vereinbar und nach den objektiven und subjektiven Umständen zumutbar sind, strukturell nur dann den in Art. 16 ATSG vorausgesetzten Arbeitsmarkt, wenn sie in verschiedenen Ausformungen und hinreichender Zahl, also in ausreichender qualitativer und quantitativer Bandbreite, tatsächlich vorhanden sind. Je enger umschrieben das Anforderungsprofil und damit der Kreis der geeigneten Verweisungstätigkeiten ist, desto weiter geht die Substantiierungspflicht der Verwaltung bei der Bezeichnung entsprechender Arbeitsgelegenheiten (Urteil des Bundesgerichts 9C_364/2011 vom 5. April 2012 E. 3.1 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführerin sind nach der Einschätzung des Gutachters Dr. med. H. ___ ■ wie eingangs erwähnt ■ leidensadaptierte Arbeiten ganztägig zuzumuten. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt bietet

eine Vielzahl von solchen Beschäftigungsmöglichkeiten. Denn entscheidend ist die nach einem weit gehend objektivierten Massstab zu erfolgende Beurteilung, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozialpraktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist (BGE 127 V 298 E. 4c m.H., Urteil I 51/05 vom 14. September 2005). Die Invalidenversicherung hat nicht dafür einzustehen, dass eine versicherte Person zufolge ihres Alters, wegen mangelnder Ausbildung oder Verständigungsschwierigkeiten keine entsprechende Arbeit findet; die sich hieraus ergebende «Arbeitsunfähigkeit» ist nicht invaliditätsbedingt (BGE 107 V 21 E. 2c; AHI 1999 S. 238 S. 238 E. 1; z.G: Urteil des Bundesgerichts I 180/06 vom 6. Februar 2007 E. 5.2). Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin ist ■ wie im vorliegenden Fall in rheumatologischer Hinsicht (IV-Nr. 53.1, S. 25) ■ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasstem Rahmen auf dem allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt praxisgemäss durchaus verwertbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_345/2013 vom 10. September 2013 E. 4 m.H.). Daran ändert im Fall der Beschwerdeführerin auch der relativ lange Rentenbezug nichts, denn im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung war sie knapp 50 Jahre alt und hatte die Rente seit 14 Jahren bezogen. Die von der Rechtsprechung definierten Kriterien, bei der Erfüllung die Verwertbarkeit oft fraglich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_90/2015 vom 23. Juli 2015 E. 4 mit Hinweisen), werden damit nicht erreicht (vgl. auch E. II. 14 hiernach).

Zwar hat Dr. med. H.____ zu der durch Dr. med. D.____ diagnostizierten chronischen Schmerzkrankheit ■ Fibromyalgie mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ■ festgestellt, dass heute aus versicherungsmedizinischer Sicht die Meinung gelte, Schmerzen ohne somatisches Korrelat hätten aus rein somatischer Sicht keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin hat er dazu keine eingehende Stellungnahme abgeben müssen. So hat sich der psychiatrische Gutachter Dr. med. G.____ damit auseinander gesetzt und dazu ausgeführt, dass sich zwar ein Schmerzsyndrom mit andauernden Schmerzen im Bereiche des rechten Knies und der rechten Hüfte sowie beider Hände bzw. generell im ganzen Körper nachweisen lasse. Es handle sich dabei um chronische Schmerzen. Die Versicherte habe zudem eine erhebliche Intensität der Schmerzen angegeben. Den somatischen Akten könne entnommen werden, dass sich diese Schmerzen nicht hinreichend durch körperliche Störungen erklären liessen. Aus psychiatrischer Sicht sei diesbezüglich festzuhalten, dass die Versicherte in der aktuellen Untersuchung nicht den Eindruck hinterlassen habe, unter schweren, andauernden und quälenden Schmerzen zu leiden. Zu keinem Zeitpunkt hätten Mimik und Gestik ein Schmerzerleben angedeutet. Sie habe sich frei bewegen und den Untersuchungsraum ohne äusserlich sichtbare Behinderung betreten wie auch wieder verlassen können. Aus diesem Grund könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden (IV-Nr. 51.1, S. 19). Zudem bleibt festzuhalten, dass Dr. med. H.____ ■ wie bereits erwähnt ■ chronische, unspezifische, generalisierte Schmerzen, vereinbar mit einer seit Jahren bestehenden Fibromyalgie, diagnostiziert. Das Vorliegen funktioneller Einschränkungen solcher Beschwerdebilder ist zwar seit der am 3. Juni 2015 geänderten Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 141 V 281) im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens zu prüfen, worauf hier jedoch verzichtet werden kann, weil auch bei einer Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % zu Folge einer leichtgradigen generalisierten Angststörung sowie der rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode in allen Tätigkeiten kein Rentenanspruch besehen würde (vgl. Ziff.

13 hiernach). Es kann somit ■ wie dies die Beschwerdeführerin in angefochtenen Entscheid zutreffend festgehalten hat (IV-Nr. 75) ■ darauf verzichtet werden zu prüfen, ob die Administrativgutachten ■ gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten ■ eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (Urteil des Bundesgerichts BGE 141 V 281 E. 8). Der medizinischen Beurteilung von Dr. med. H.____ lässt sich zu diesem Thema entnehmen, dass sich, abgesehen von den erwähnten Befunden am rechten Kniegelenk, keine sicheren pathologischen Befunde an der Wirbelsäule oder an den Gelenken ergeben hätten. Allerdings sei die Untersuchung schwierig gewesen. Die Versicherte habe ausgeprägte, generalisierte Druckdolenzen am Rumpf und an den Extremitäten gezeigt, welche über die typischen Tenderpoints bei einer Fibromyalgie hinausgehen würden, vereinbar mit einer Panalgie. Wegen durch Schmerzen bedingter Gegeninnervation habe die Beweglichkeit der Wirbelsäule und Hüftgelenke nicht vollständig geprüft werden können. Unklar sei auch, weshalb die Versicherte beide Arme nur zirka 70° heben könne; dies kontrastiere mit dem zur Verfügung gestellten Video, wo die Versicherte beide Arme gut heben können, was allerdings ein halbes Jahr zurückliege. Bei Auftreten von generalisierten Schmerzen sei differentialdiagnostisch immer eine Systemkrankheit in Betracht zu ziehen. Dagegen spreche die Schmerzcharakteristik. Ein entzündlicher Schmerz sei typischerweise in Ruhe und in der zweiten Nachthälfte verstärkt. Es bestehe eine Morgensteifigkeit und vor allem Besserung auf Bewegung und antientzündliche Therapie. Eine entzündliche Spondylarthropathie sei aufgrund der sehr sensitiven MRI der LWS vom 15. Februar 2010 (damals habe die Versicherte bereits schon Jahre an chronischen Schmerzen gelitten), wo auch die Iliosakralgelenke beschrieben worden seien, auszuschliessen. Die von der Versicherten geklagten generalisierten Schmerzen seien, wie dies bereits am 22. Dezember 2006 der Rheumatologe Dr. med. I.____ beurteilt habe, auch heute höchstwahrscheinlich unspezifischer Natur (IV-Nr. 53.1, S. 20 und 23).

10.5 Damit ergibt sich, dass die Gutachten von Dres. med. G.____ und H.____ in Kenntnis der Vorakten ergangen sind, auf einer einlässlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin beruhen und die geklagten Beschwerden berücksichtigen. Die interdisziplinäre Beurteilung der medizinischen Situation in psychiatrischer und rheumatologischer Hinsicht und die Schlussfolgerungen werden begründet und leuchten ein. Auf die Gutachten kann daher abgestellt werden; sie geniessen vollen Beweiswert. Dazu kommt die Beurteilung der RAD-Ärztin, die jene der Gutachter mehrfach bestätigt hat. Von weiteren Beweiserhebungen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 137 V 64 E. 5.2 S. 69, 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94).

10.6 Was die nachträglich eingereichten und insbesondere nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellten Berichte des Röntgeninstituts K.____, [...], vom 5. und 14. Januar 2016 (BB-Nr. 4 f.) anbelangt, geht daraus nicht hervor, vor welchem medizinischen Hintergrund diese erstellt worden sind. Es fehlen auch Angaben über die Auswirkungen der Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Den Berichten kommt folglich kein Einfluss auf die Beurteilung des vorliegenden Sachverhalts zu. Allenfalls können sie Anlass für eine Neuanmeldung bilden.

10.7 Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, die heute ■ ihren Angaben zufolge und wovon auszugehen ist ■ im Gesundheitsfall nunmehr zu 100 % ausserhäuslich tätig wäre, seit der Rentenzusprache im

Jahr 2003 in psychiatrischer Hinsicht deutlich verbessert hat (IV-Nr. 63). Aufgrund der Beschwerden mit Blick auf die psychiatrischen Diagnosen ist die Beschwerdeführerin nach Beurteilung des psychiatrischen Gutachters in der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Raumpflegerin wie auch in einer alternativen Tätigkeit spätestens ab Februar 2014 zu höchstens 20 % eingeschränkt, ohne dass zusätzlich die Leistungsfähigkeit vermindert wäre. In rheumatologischer Hinsicht besteht seit September 2012 eine relevante Beeinträchtigung am rechten Kniegelenk (IV-Nr. 65), was die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für die bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin um 50 % vermindert, jedoch keine Einschränkung im Ausüben einer leidensadaptierten, ganztägigen Arbeitstätigkeit bedeutet; letztere schliesst nach Beurteilung des rheumatologischen Gutachters einzig dauerndem Arbeiten mit Stehen, häufig in die Hocke gehen und auf unebenem Gelände aus.

E. 11

11.1 Nach den vorstehenden Erwägungen ist eine erhebliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin und der dadurch bewirkten Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Der für eine Rentenrevision gemäss Art. 17 ATSG erforderliche Revisionsgrund liegt damit vor. Demzufolge ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (Urteil des Bundesgerichts 8C_237/2014 vom 21. Januar 2015 E. 2.3, mit Hinweisen). In psychiatrischer Hinsicht bildet dabei das beweiskräftige Gutachten von Dr. med. G.____ den Ausgangspunkt.

11.2 Die grundsätzliche Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. G.____ bedeutet indes nicht zwingend, dass auch auf die dort ermittelte Arbeitsunfähigkeit von 20 % abgestellt werden kann. Wie bereits dargelegt (vgl. II. E. 4.7 hiervor), ist es dem Gericht verwehrt, sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen zu machen. Somit wäre gemäss Einschätzung von Dr. med. G.____ spätestens ab dem Untersuchungszeitpunkt vom 14. Februar 2014 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Praxisgemäss ist jedoch eine leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen.

Sowohl mit Blick auf die Diagnosen einer knapp leichtgradigen depressiven Episode (ohne somatisches Syndrom) wie im Übrigen auch der höchstens leichtgradigen generalisierten Angststörung (IV-Nr. 51.1, S. 18) sowie auf den im Gutachten erwähnten Hinweis einer uneingeschränkten Leistungsfähigkeit kann die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % im Lichte der vorliegend massgebenden, versicherungsrechtlichen Massstäbe nicht ohne Weiteres nachvollzogen werden. Wie bereits ausgeführt (vgl. II. E. 4.6 hiervor), misst die Rechtsprechung selbst einer mittelschweren depressiven Störung nur mit Zurückhaltung invalidisierende Wirkung zu und verlangt, dass bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Einer leichtgradigen depressiven Episode ist rechtsprechungsgemäss keine invalidisierende Wirkung zuzuerkennen (Urteil des Bundesgerichts 8C_870/2011 vom 24. August 2012 E. 3.2). Besondere Umstände, die ein Abweichen von dieser Regel rechtfertigen würden, sind hier nicht ersichtlich. Vielmehr sprechen sowohl die offensichtlich nicht optimale Medikamenten-Compliance (IV-Nr. 51.1, S. 18) als auch die im psychiatrischen Gutachten angeführte Stellungnahme zur Selbstbeurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Beschwerdeführerin für die Annahme einer vollen Arbeitsfähigkeit. Insofern die

Beschwerdeführerin der Meinung ist, sie sei wegen ihrer Beschwerden zu keiner Tätigkeit mehr fähig, lässt sich aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde ■ so Dr. med. G.____ ■ jedoch eine solch hohe Arbeitsunfähigkeit nicht begründen. Da auch aus rheumatologischer Sicht keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden könne, müsse von einer subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung sowie Selbstlimitierung der Explorandin ausgegangen werden (IV-Nr. 51.1, S. 21).

11.3 Zusammenfassend fehlt es im vorliegend zu beurteilenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 28. August 2015 an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden. Für die Anspruchsbeurteilung ist daher von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, wie dies die Beschwerdegegnerin korrekt festgestellt hat (IV-Nr. 75). Es ist daher vorliegend irrelevant, ob Dr. med. G.____ im Rahmen der attestierten 20%igen Arbeitsunfähigkeit allenfalls auch ungenannt gebliebene, psychosoziale Begleitumstände berücksichtigt hat.

12. Aufgrund der interdisziplinären Beurteilung durch Dres. med. G.____ und H.____ ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin spätestens seit Februar 2014 medizinisch-theoretisch in einer leidensadaptierten Tätigkeit uneingeschränkt zu 100 % arbeitsfähig ist. Es erübrigt sich folglich, einen Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2014 vom 20. August 2014 E. 7). Damit besteht ab Februar 2014 keine Invalidität im Sinne des Gesetzes mehr, womit die Beschwerdeführerin auch keinen Rentenanspruch mehr hat. Die bisher ausgerichtete Invalidenrente ist daher gemäss Art. 88bisZiff. 2 lit. a IVV vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an aufzuheben.

13. Selbst wenn aus interdisziplinärer Sicht von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 80 % ■ wie dies der psychiatrische Gutachter dargestellt hat ■ in einer leidensadaptierten Tätigkeit auszugehen wäre, bliebe es ■ was nachstehend näher auszuführen ist ■ bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40 %.

13.1 Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Entscheid beim Einkommensvergleich für die Bestimmung des Validen- wie auch des Invalideneinkommens auf identische Tabellenlöhne (TA1_triage_skill_level, Total Niveau 1 Frauen) abgestellt und ist ■ bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ■ zu einem Invaliditätsgrad von 0 % gelangt (IV-Nr. 75, S. 2).

13.2 Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sogeannter Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a S. 312 f.). Der Prozentvergleich bietet sich somit namentlich an, wenn ■ wie hier ■ Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen

sind. In diesem Fall erübrigt sich deren genaue Ermittlung: Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, dies unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Urteil 8C_628/2015 vom 6. April 2016 E. 5.3.5 mit Hinweisen; z.G.: Bundesgerichtsurteil 9C_532/2016 vom 25. November 2016 E. 3.1).

13.3 Im vorliegenden Fall beträgt der so ermittelte Invaliditätsgrad 20 %. Nachdem aufgrund der medizinischen Aktenlage davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit bei voller zeitlicher Präsenz verwerten kann, bleibt kein Raum für einen in Teilzeittätigkeit begründeten Abzug. Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Sind hingegen leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt; dies ergibt sich daraus, dass der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 (Schweiz. Lohnstrukturerhebung [LSE] 2012 neu Kompetenzniveau 1) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_72/2009 vom 30. März 2009 E. 3.4 mit Hinweisen). Auch die geringen Einschränkungen einer leidensadaptierten Tätigkeit rechtfertigen keinen Abzug.

E. 14

14.1 Im angefochtenen Entscheid hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf berufliche Massnahmen verneint, ohne offensichtlich die Eingliederungsfrage geprüft zu haben. Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Beschwerdegegnerin verkenne, dass sie in diesem Jahr (2016) seit 15 Jahren eine IV-Rente beziehen werde. Sie sei heute nicht mehr in der Lage, einer Arbeit nachzugehen, die eine stehende Tätigkeit verlange oder sie zwinge, in die Hocke zu gehen (A.S. 36). Dazu hat die Beschwerdegegnerin einzig festgehalten, korrekterweise sei von einer zu berücksichtigenden Rentendauer von 14 Jahren (und 27 Tagen) auszugehen. So stelle der Erlass der angefochtenen Verfügung vom 28. August 2015 den massgebenden Referenzpunkt dar (A.S. 43).

14.2 Der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» (Art. 16 ATSG) gilt auch im Rahmen einer Revision und bedeutet dort, dass vorgängig der Weiterausrichtung einer Rente Eingliederungsmassnahmen durchzuführen sind. Liegt aber bereits ohne Eingliederungsmassnahmen kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr vor, indem die versicherte Person in der Lage ist, die verbesserte Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten, so kann grundsätzlich die Rente auch ohne Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen aufgehoben werden (Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Art. 30 ■ 31, Rz 59 ff.).

Grundsätzlich muss eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertet werden. Nach langjährigem Rentenbezug können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein durch Eigenanstrengungen der versicherten Person nicht möglich ist. Die Verwaltung muss sich vor dem Herabsetzen oder Aufheben einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür ■ ausnahmsweise ■ im

Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne voranzugehen hat. Diese Praxis ist grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen das revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzen oder Aufheben der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Urteil 9C_25/2014 vom 12. November 2014 E. 6.1 mit Hinweis auf SVR 2012 IV Nr. 25 S. 104 E. 3.1; 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3).

14.3 Die Beschwerdeführerin ist im Zeitpunkt der Rentenaufhebung bzw. der angefochtenen Verfügung (28. August 2015) 49 Jahre alt gewesen und hat seit 1. August 2001 bzw. seit rund 14 Jahren eine IV-Rente bezogen. Wenn die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint hat, ist dies nicht zu beanstanden. Für das Gewähren einer Anpassungszeit, die nicht Aufgabe der Invalidenversicherung ist, soweit sie auf eine Sozialrehabilitation hinausläuft (was grundsätzlich zutrifft, wenn die Frist über Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV, d.h. über den ersten Tag des zweiten der Verfügungszustellung folgenden Monats hinausgeht; Urteile 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.4 und 9C_784/2007 vom 9. Juni 2008 E. 3.1.2 mit Hinweis auf BGE 127 V 121 E. 3b S. 127), hat kein Raum bestanden (BGE 135 V 306 E. 7.2 S. 305 f.).

14.4 Was berufliche Eingliederungsmassnahmen anbelangt, bleibt schliesslich noch Folgendes festzuhalten: Der rheumatologische Gutachter hat solche Massnahmen als zumutbar erklärt (IV-Nr. 53.1, S. 25). Auch der psychiatrische Gutachter hat berufliche Massnahmen als indiziert bezeichnet. Aufgrund der subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung der Explorandin sowie der Tatsache, dass sie davon ausgeht, zu keiner Tätigkeit mehr fähig zu sein, seien seiner Meinung nach berufliche Massnahmen jedoch als nicht sinnvoll zu beurteilen (IV-Nr. 51.1, S. 21). In Betracht fällt im vorliegenden Fall einzig ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung, kann doch nicht ausgeschlossen werden, dass die Stellensuche für die Beschwerdeführerin nicht nur aus persönlichen, sondern auch aus gesundheitlichen Gründen erschwert ist. Die Beschwerdeführerin ist objektiv eingliederungsfähig. Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung ist indes ihre ausgeprägte Krankheitsüberzeugung einer erfolgreichen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess entgegengestanden. Mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit sind folglich die Voraussetzungen zur Gewährung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen zu verneinen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_966/2011 vom 4. Mai 2012 E. 3.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Der Beschwerdeführerin ist es indes unbenommen, sich bei der Beschwerdegegnerin für eine Arbeitsvermittlung anzumelden, wenn sie sich subjektiv wieder eingliederungsfähig fühlt. Ob ein solcher Anspruch zu bejahen wäre, bildet nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens und ist daher nicht zu beurteilen.

15. Zusammenfassend steht fest, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache vom 27. Februar 2003 (ganze Rente ab 1. August 2001) wesentlich verbessert hat und seit der psychiatrischen Begutachtung im Februar 2014 eine medizinisch-theoretische, uneingeschränkte 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit besteht; damit ist es der Beschwerdeführerin möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen besteht nicht. Die Beschwerde erweist sich folglich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

16. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

17. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Die Beschwerdeführerin hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagen seit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheidungen (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Häfliger

Der vorliegende Entscheidung wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_347/2017 vom 25. April 2018 bestätigt.

E. 14.3

Die Beschwerdeführerin ist im Zeitpunkt der Rentenaufhebung bzw. der angefochtenen Verfügung (28. August 2015) 49 Jahre alt gewesen und hat seit 1. August 2001 bzw. seit rund 14 Jahren eine IV-Rente bezogen. Wenn die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint hat, ist dies nicht zu beanstanden. Für das Gewähren einer Anpassungszeit, die nicht Aufgabe der Invalidenversicherung ist, soweit sie auf eine Sozialrehabilitation hinausläuft (was grundsätzlich zutrifft, wenn die Frist über Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV, d.h. über den ersten Tag des zweiten der Verfügungszustellung folgenden Monats hinausgeht; Urteile 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.4 und 9C_784/2007 vom 9. Juni 2008 E. 3.1.2 mit Hinweis auf BGE 127 V 121 E. 3b S. 127), hat kein Raum bestanden (BGE 135 V 306 E. 7.2 S. 305 f.). 14.4 Was berufliche Eingliederungsmassnahmen anbelangt, bleibt schliesslich noch Folgendes festzuhalten: Der rheumatologische Gutachter hat solche Massnahmen als zumutbar erklärt (IV-Nr. 53.1, S. 25). Auch der psychiatrische Gutachter hat berufliche Massnahmen als indiziert bezeichnet. Aufgrund der subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung der Explorandin sowie der Tatsache, dass sie davon ausgeht, zu keiner Tätigkeit mehr fähig zu sein, seien

seiner Meinung nach berufliche Massnahmen jedoch als nicht sinnvoll zu beurteilen (IV-Nr. 51.1, S. 21). In Betracht fällt im vorliegenden Fall einzig ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung, kann doch nicht ausgeschlossen werden, dass die Stellensuche für die Beschwerdeführerin nicht nur aus persönlichen, sondern auch aus gesundheitlichen Gründen erschwert ist. Die Beschwerdeführerin ist objektiv eingliederungsfähig. Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung ist indes ihre ausgeprägte Krankheitsüberzeugung einer erfolgreichen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess entgegengestanden. Mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit sind folglich die Voraussetzungen zur Gewährung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen zu verneinen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_966/2011 vom 4. Mai 2012 E. 3.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Der Beschwerdeführerin ist es indes unbenommen, sich bei der Beschwerdegegnerin für eine Arbeitsvermittlung anzumelden, wenn sie sich subjektiv wieder eingliederungsfähig fühlt. Ob ein solcher Anspruch zu bejahen wäre, bildet nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens und ist daher nicht zu beurteilen. 15. Zusammenfassend steht fest, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache vom 27. Februar 2003 (ganze Rente ab 1. August 2001) wesentlich verbessert hat und seit der psychiatrischen Begutachtung im Februar 2014 eine medizinisch-theoretische, uneingeschränkte 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit besteht; damit ist es der Beschwerdeführerin möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen besteht nicht. Die Beschwerde erweist sich folglich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. 16. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 17. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.